



PATIENT FINANCIAL HARDSHIP APPLICATION

Nuestra práctica cumple las obligaciones contractuales y legales de los planes de beneficio médico para cobrar cargos, copagos, coseguros y cantidades deducibles que deban los pacientes. Reconocemos que podrían surgir circunstancias en las que una persona no pueda pagar completamente en el momento del servicio, por lo que hemos adoptado una política para examinar las solicitudes de descuentos, los planes de pago atrasados o la condonación de deudas según las circunstancias de la persona. Para hacerlo, debemos pedir cierta información económica. *Toda la información será confidencial según nuestra política de privacidad.* Traiga los documentos listados abajo para cada familiar adulto y complete este formulario lo mejor que pueda:

- Una copia de su declaración de impuestos federales del año pasado;
- Copias de dos de sus talones de nómina más recientes o de sus pagos de beneficio por desempleo;
- Si el ingreso está cerca o debajo del nivel de pobreza, documentos que declaren que solicitó asistencia médica y se le negó.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Número de dependientes en casa: _____

Teléfono: _____

Información de empleo/desempleo (para cada familiar adulto)

Nombre: _____ Empleador: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____ Empleador: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____ Empleador: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____ Empleador: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Si está desempleado, escriba cuándo dejó de trabajar. Si el despido es temporal, indique cuánto va a durar:

Asistencia recibida

Ayuda económica del estado

WIC

Cupones de comida

CHIP



PATIENT FINANCIAL HARDSHIP APPLICATION

Complete la información de la siguiente tabla según el ingreso y los gastos promedio de los últimos 12 meses. Para cantidades pagadas anualmente, escriba la cantidad anual dividida entre 12.

Información económica de la casa

Ingreso mensual (después de las deducciones de nómina)		Gastos mensuales (sin incluir las deducciones de nómina)	
Empleo	\$	Hipoteca/alquiler	\$
Desempleo/indemnización	\$	Auto/transporte	\$
Trabajo independiente	\$	Gastos no remunerados del trabajo (p. ej., estacionamiento, herramientas)	\$
Intereses/dividendos	\$	Seguro (p. ej., de vida, de vivienda)	\$
Pensión/discapacidad	\$	Servicios públicos (p. ej., luz, agua, gas)	\$
Manutención infantil/pensión alimenticia	\$	Medicamentos	\$
Discapacidad a corto plazo	\$	Cuidado infantil	\$
Discapacidad a largo plazo	\$	Tarjetas de crédito	\$
Ingresos de alquiler	\$	Manutención infantil/pensión alimenticia	\$
Otros ingresos:	\$	Impuestos sobre bienes muebles (casa, auto)	\$
	\$	Otros gastos:	\$
	\$		\$
Ingreso promedio total	\$	Gasto promedio total	\$

Firmando abajo, certifico que esta información es verdadera y está completa. Le doy permiso a esta oficina de verificar la información y reconozco que completar este formulario no garantiza descuentos, planes de pago o la condonación de la deuda.

Firmado: _____

Fecha: _____

Approved by: _____

Date: _____

Approved for: _____

Reduced Deductible

Reduced co-pay/co-insurance

Payment Plan

Debt forgiveness